VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 76)
z dnia 11 czerwca 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 76)

11 czerwca 2019 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem posłanek **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, oraz **Krystyny Wróblewskiej (PiS),** zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji Ministra Sprawiedliwości na temat funkcjonowania więziennej służby zdrowia;

– rozpatrzenie Informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Program bezpłatnych leków dla seniorów Leki 75+".

W posiedzeniu wzięli udział: płk **Andrzej Fedorowicz** zastępca dyrektora generalnego Służby Więziennej, ppłk dr n. med. **Alicja Kozłowska** dyrektor Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej, naczelny lekarz więziennictwa, ppłk **Agnieszka Bochniewicz** z Biura Penitencjarnego CZSW**, Witold Mazurek** naczelnik Wydziału do spraw Służby Więziennej Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości, **Andrzej Aleksandrowicz** p.o. dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Poznaniu, , **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Zofia Prasał** opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej oraz **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu wzięli udział pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Wiesław Kozioł** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry, otwieram 76. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam panie i panów posłów, przedstawicieli NIK, ministerstw, a także wszystkich pozostałych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Sprawiedliwości na temat funkcjonowania więziennej służby zdrowia, w drugim punkcie – rozpatrzenie informacji NIK o wynikach kontroli „Program bezpłatnych leków dla seniorów Leki 75+".

Proszę o przedstawienie informacji pana pułkownika Grzegorza Fedorowicza, zastępcę dyrektora generalnego Służby Więzienne, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora generalnego Służby Więziennej płk Andrzej Fedorowicz:

Dzień dobry państwu.

Szanowni państwo, oddam za chwilę głos osobie bardziej kompetentnej, którą od razu przedstawię państwu: pani pułkownik Alicja Kozłowska, dyrektor Biura Służby Zdrowia. Pani doktor zreferuje informację dotyczącą funkcjonowania więziennej służby zdrowia, poda państwu kilka szczegółów na temat opieki lekarskiej, opieki nad osobami starszymi i trochę informacji statystycznych a także informacji o więziennej służbie zdrowia, w tym szpitalach funkcjonujących w naszej strukturze.

Oddaję głos osobie bardzo kompetentnej – pani doktor, proszę bardzo.

Dyrektor Biura Służby Zdrowia CZSW ppłk dr n. med. Alicja Kozłowska:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, parę ogólnych uwag.

Jeśli chodzi o podejście do pacjentów, nie wydzielamy grupy osób ze względu na wiek. Każdy pacjent jest u nas objęty taką samą opieką, jedynym kryterium jest jego aktualny stan zdrowia.

Więzienna służba zdrowia realizuje nałożony na służbę więzienną ustawowy obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej, jest to finansowane z budżetu państwa, z części przeznaczonej dla Ministra Sprawiedliwości. Stąd wynikają pewne różnice między opieką, którą możemy zagwarantować, i opieką wolnościową. Nasze świadczenia są nielimitowane i udzielane, przede wszystkim, przez nasze podmioty więzienne. W każdym zakładzie karnym czy areszcie śledczym jest ambulatorium z izbą chorych, w którym pracują lekarz i kadra pielęgniarska przyjmująca pacjentów. Różnica polega również na tym, że nasz pacjent przechodzi tzw. badanie wstępne, czyli oceniamy jego stan zdrowia.

A jeżeli idzie o dział penitencjarny, co jest bardzo istotne szczególnie dla osób powyżej 60. roku życia, oceniamy jego stan psychofizyczny i w efekcie zapadają ustalenia, jakie dodatkowe kryteria muszą zostać spełnione, żeby pacjent funkcjonował prawidłowo i żeby miał zaspokojone swoje potrzeby zdrowotne.

Jak widać, bardzo duża rola przypada działowi penitencjarnemu.

W naszej służbie zdrowia poza ambulatoriami (w tej chwili jest ich 120) zapewniamy podstawową opiekę zdrowotną plus opiekę specjalistyczną ambulatoryjną. Staramy się, żeby w każdym ambulatorium pracował lekarz psychiatra i żeby można było realizować ambulatoryjne konsultacje psychiatryczne. Jeżeli nie mamy psychiatry to współdziałamy z podmiotami pozawięziennymi.

Podobnie jest w każdej innej sytuacji – jeżeli nasz pacjent wymaga wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych czy konsultacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami współpracujemy z pozawięziennymi podmiotami.

Opiekujemy się teraz populacją w granicach 75 tysięcy osób, w skali kraju byłby to szpital rejonowy. Mamy 10 szpitali, które są niestety nierównomiernie rozłożone i leżą właściwie od Wisły na zachód. Dysponujemy 754 łóżkami. Biorąc pod uwagę osoby starsze, staramy się zwiększyć ich liczbę przez rozbudowę oddziałów wieloprofilowych oraz oddziałów dla przewlekle chorych. Mamy oddziały wieloprofilowe i internistyczne, które zapewniają przede wszystkim opiekę dla osób 60+, ale także młodych, jeśli ich zdrowie wymaga diagnostyki i leczenia.

Jest oddział chirurgiczny z pododdziałem laryngologicznymi w areszcie śledczym w Bydgoszczy. Mamy też oddział ginekologiczno-położniczy, nie dotyczy to osób starszych, ale młode kobiety mogą skorzystać z opieki ginekologiczno-położniczej. W Potulicach znajduje się, ostatnio bardzo ważny, oddział chorób zakaźnych i leczenia gruźlicy. Jest to nowo odnowiony szpital, dysponujący 74 łóżkami – 52 łóżka dla chorych na gruźlicę, 22 łóżka dla pozostałych chorób zakaźnych. Obecnie leczymy WZW typu C, stosując obowiązujące zasady leczenia bezinterferonowego. Szpital w Bytomiu, to, można powiedzieć nasz sukces – w ciągu najbliższych dwóch miesięcy będziemy dysponowali bazą 90 łóżek, w miejsce dotychczasowych 53. Przewidujemy tam, poza łóżkami internistycznymi, łóżka dla przewlekle chorych. W zakładzie karnym w Czarnym jest oddział chorób wewnętrznych i oddział dla przewlekle chorych. Jest w nim 36 łóżek, staramy się zwiększyć pulę dla przewlekle chorych, nie tylko dla osób starszych, ale również młodych, wymagających wsparcia opiekunów czy całodobowej opieki medycznej. Mamy jeszcze szpitale w: Gdańsku, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, we Wrocławiu i w Szczecinie.

Jako więzienna służba zdrowia jesteśmy nastawieni, przede wszystkim, na podstawową opiekę, a w szpitalnej – głównie na internistyczną, choroby przewlekłe, zakaźne i psychiatrię. Nie ukrywamy, że coraz więcej osób wymaga leczenia psychiatrycznego, stąd rozbudowa naszych szpitali i zwiększanie liczby łóżek.

Jeżeli chodzi o osoby niepełnosprawne, w tej chwili staramy się nie wydzielać jednostek, które byłyby przystosowane dla osób niepełnosprawnych czy osób starszych. Uważamy, że pobyt osób starszych wspólnie z osobami młodszymi jest korzystniejszy, nie ma takiego wycofania i zamknięcia się. Sytuacja pacjenta w więzieniu jest bardzo specyficzna i trudna. Dostaje się w nietypowe środowisko, w którym się nietypowo funk-

cjonuje i obowiązują ograniczenia, spacer jest również ograniczony, staramy się więc nie tworzyć zamkniętych gett, gdzie przebywaliby ci pacjenci. Tak samo nie chcieliśmy tworzyć oddziałów tylko dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach czy o kulach. Takich pacjentów stale monitorujemy, a raz w roku jednego dnia kontrolujemy, jak dużo jest osób wymagających specjalnego zaopatrzenia. Mieliśmy 108 osób na wózkach i ponad 500 osób o kulach.

Wydatki ponoszone na służbę więzienną stale rosną. Nie są one może wystarczające, bo nasza służba zdrowia, tak jak na zewnątrz, jest trochę niedofinansowana i odczuwamy brak pieniędzy.

Odpowiadamy za stan zdrowia pacjenta. Pacjent jest co prawda zobowiązany do zgłaszania się, informowania o swoim stanie zdrowia czy współosadzonych, ale naszym zadaniem jest utrzymać go przez cały czas w niepogorszonym stanie zdrowia. To jest niekiedy duży dylemat dla lekarzy, bo czasami musimy wchodzić z procedurami, gdy pacjent w celach manipulacyjnych nie poddaje się leczeniu, odmawia wykonywania poleceń. Sytuacja jest bowiem taka, że jeżeli stan pacjenta nie pozwala na odbywanie kary, sąd może udzielić pacjentowi przerwy w odbywaniu kary. To jest przyczyna, że osadzeni ryzykują własnym zdrowiem i nie poddają się procedurom medycznym.

Niestety, są też odmowy pacjentów, których dotknęły choroby onkologiczne. Jest to dla nas duży problem, gdy służba zewnętrzna nie może zrealizować tego, co powinna. Ale pacjent ma prawo odmówić leczenia… wystawiamy konwój, wieziemy pacjentów do zewnętrznych ośrodków (współpraca z MZ bardzo dobrze się układa, w większości nie mamy z tym problemów) – wszystko na nic. To jest nasza bolączka, tacy pacjenci też umierają. Mamy dużo chorób nowotworowych i jeśli popatrzeć na skalę problemu, liczba zgonów wzrasta.

Mówię to wszystko w dużym skrócie.

Nie mamy oddziałów geriatrycznych. Gdybyśmy mieli powiedzieć, ile osób starszych przebywa w więzieniach to aktualne dane, czyli na 6 czerwca mówią o 20 675 osobach powyżej 60. roku życia. Obserwujemy, tak jak w całym społeczeństwie, starzenie się, więcej jest skazanych w wieku 60+. W porównaniu z ogólną populacją w 2015 r. osadzeni stanowili 3,1% a teraz – 4,1% populacji. Czyli, mimo utrzymującej się mniej więcej na tym samym poziomie liczby osób przebywających w zakładach karnych, to jednak wzrasta liczba osadzonych powyżej 60. roku życia.

Biuro Służby Zdrowia i centralny zarząd wystąpiły do zespołu pracującego nad Kodeksem karnym wykonawczym z inicjatywą, aby osoby powyżej 85. roku życia w ogóle nie trafiały do nas, tylko orzekać wobec nich dozór elektroniczny. Obecnie powyżej 80. roku życia mamy 26 panów, dwie pani – i trzy osoby powyżej 90. roku życia. Najstarsza osoba w zakładzie karnym? Nie przekroczyła 94. roku życia.

Wracając do służby zdrowia.

Dysponujemy jeszcze oddziałami rehabilitacji. W każdym okręgu znajduje się oddział rehabilitacji, wykonujemy dużo zabiegów fizykoterapeutycznych, dostęp do naszych zabiegów jest znacznie szybszy niż na wolności. Jeżeli możemy się pochwalić, w zeszłym roku mój oddział szpitalny rehabilitacyjny w zakładzie karnym w Łodzi wykonał 26 773 zabiegi fizykoterapii.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani pułkownik.

Otwieram dyskusję.

Czy ktoś z państwa chce zadać pytanie?

Bardzo proszę – i proszę się przedstawić.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

Pani doktor, zaintrygowała mnie jedna rzecz – powiedziała pani doktor, że zadaniem więziennej służby zdrowia jest utrzymanie pacjenta w stanie niepogorszonym.

Moje pytanie brzmi: jeżeli starsza osoba trafia pod państwa opiekę a jej stan zdrowia wymaga leczenia, to trzeba ją utrzymać tylko w stanie niepogorszonym, czy jednak więzienna służba zdrowia stara się poprawić jej stan zdrowia, gdy jest zły?

Abstrahuję od ewentualnej decyzji sądu uznającego, że dana osoby nie może przebywać w warunkach więziennych. Mówię o osadzonym, którego stan zdrowia, według państwa oceny, wymagałby jednak kroków zmierzających do poprawy stanu zdrowia.

Dyrektor Biura Służby Zdrowia CZSW ppłk dr n. med. Alicja Kozłowska:

Oczywiście, każdy lekarz przyjmujący pacjenta… ogólnie spotykamy się z pacjentami, którzy nie mieli czasu, żeby się leczyć na wolności. Oni mówią, że nie chodzili do lekarza i mają bardzo wiele schorzeń. Jak najbardziej podejmujemy leczenie, wykrywamy wiele chorób, prowadzimy diagnostykę.

Jest jednak problem, jak mówiłam, kiedy pacjent nie wyraża zgody. Oczywiście, jeśli mamy możliwość leczenia pacjenta w naszych podmiotach czy we współpracy pod konwojem to jak najbardziej to czynimy, ale są przypadki, kiedy nasze możliwości się wyczerpują. Wtedy wystawiamy pacjentowi opinię o stanie zdrowia a sąd decyduje, co dalej.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo za udzielenie odpowiedzi.

Czy ktoś z państwa ma jeszcze pytania?

Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, goście, byłem inicjatorem tego pytania i tej informacji dotyczącej osób starszych w jednostkach penitencjarnych. Wynikało to też z mojego wcześniejszego zainteresowania ogólną sytuacją (w mojej opinią – kiepską) więziennej służby zdrowia. Ona była również przedmiotem mojego zainteresowania po śmierci pani Agnieszki Pysz na warszawskim Grochowie, kiedy na skutek (według mnie) nieodpowiedniej opieki medycznej, osoba osadzona zmarła. Ale tą sprawą, rozumiem, zajmuje się prokuratura i mam nadzieję, że kiedyś trafi ona także do sądu.

Oczywiście, poza seniorami, których liczbę w jednostkach penitencjarnych znamy (jest ich 20 675) są osoby niepełnosprawne.

W związku z tym, moje pytanie dotyczy przede wszystkim dostosowań architektonicznych i też innych, które umożliwiają tym osobom godne warunki odbywania kary więzienia. Jaki procent, czy ewentualnie które więzienia, areszty śledcze są dostosowane do potrzeb tego typu pacjentów, to znaczy spełniają warunki, o których wspomniałem? Czy zdarzają się też więźniowie niesamodzielni? Z danych z różnych publikatorów, w tym Rzecznika Praw Obywatelskich, wynika, że bardzo często takimi osadzonymi zajmują się współwięźniowie.

Chciałbym tylko, żeby Wysoka Komisja miała świadomość, że statystyki nie są dobre, bo Polska nie spełnia wielu standardów również co do cel. Cele są wieloosobowe, nawet kilkunastoosobowe, jak np. w jednostce penitencjarnej w Białymstoku. Statystycznie na 200 więźniów przypada jeden psycholog, na 40 osadzonych jeden wychowawca. Może w tej sytuacji problemy osób starszych, osób niesamodzielnych, z niepełnosprawnościami powinny być przedmiotem szczególnej uwagi państwa? Jest to grupa, której również jednostki służby więziennej powinny zapewnić warunki normalnego funkcjonowania.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Momencik, najpierw niech padną pytania a potem łącznie odpowiedzą państwo na wszystkie.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos?

Pani przewodnicząca, proszę bardzo.

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Szanowna pani, chciałam dopytać tylko, jak wygląda opieka stomatologiczna?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Jeszcze jest jedno pytanie.

Bardzo proszę, pan przewodniczący.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Pytanie dotyczy opieki nad cudzoziemcami.

Czy jest prawdą, że zdarzają się, zgłaszane do mnie przez całą społeczność, nagminne przypadki, że obywatele innych krajów celowo (może to za mocne słowo) dokonują jakiegoś przestępstwa, żeby znaleźć się w ośrodkach zakładów karnych i właśnie tam leczą zęby, w ogóle odratowują swoje zdrowie?

Takie informacje przekazały mi już wielokrotnie osoby urzędowe. Może jest to przekazywanie nieprawdziwych informacji, ale chciałbym w kontekście tego pytania dowiedzieć się, jak jest z obcokrajowcami. Czy cudzoziemiec, zatrzymany na granicy za popełnienie jakiegoś przestępstwa, po przyjęciu do zakładu karnego ma prawo, tak jak polski osadzony, do wszystkich świadczeń medycznych, do leczenia?

Po drugie, jaki jest udział procentowy i ilościowy takich osób w ogólnej liczbie skazanych?

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Już oddaję głos…

Bardzo proszę panią pułkownik – bo widzę, że odczuwa pani dyskomfort siedząc tyłem do reszty naszych gości – może przejdzie pani na drugą stronę stołu, będzie wygodniej i będzie lepiej słychać, posiedzenie jest nagrywane i będzie spisywane potem będzie spisywane.

Dziękuję.

Dyrektor Biura Służby Zdrowia CZSW ppłk dr n. med. Alicja Kozłowska:

Szanowna pani przewodnicząca, postępujemy tak samo z pacjentami, którzy są obcokrajowcami, jak i z Polakami, ponieważ to my jesteśmy płatnikami. Nie mamy żadnej umowy z NFZ i, po prostu, finansujemy leczenie pacjentów.

Nie ukrywam, że bardzo wzrasta populacja obcokrajowców z gruźlicą, ale oni też są jak najbardziej leczeni. Współpracujemy z Krajowym Centrum do spraw AIDS, pacjenci są głównie ze wschodniej strony. Stan zdrowia jest podstawowym i jedynym kryterium a nie – pochodzenie pacjenta. Jeśli jest to nosiciel HIV, czy choruje na AIDS, włączamy go do programu w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Stan zdrowia decyduje o tym, jakie otrzymuje leki, jest konsultowany przez lekarzy „zakaźników". Refunduje to Ministerstwo Zdrowia. Pacjentów jest około 300. Podobnie z leczeniem substytucyjnym. Leczymy przede wszystkim metadonem, podajemy go około 200 pacjentom.

Pytanie stomatologiczne.

W każdej jednostce jest gabinet stomatologiczny, zatrudniamy 170 stomatologów. W 2018 r. lekarz dentysta udzielił 165 521 konsultacji, leczeń czy badań profilaktycznych. Taka jest ogólna pula udzielonych przez dentystę świadczeń. W większości leczą, oczywiście, nasi lekarze. Zdarzają się pojedyncze przypadki, że konieczny jest zabieg z chirurgii szczękowej, wtedy wyjeżdżamy z pacjentami do kliniki czy do gabinetów, które mogą wykonać niezbędne zabiegi.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Jeszcze pan poseł przewodniczący chciał dopytać.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Nie wiem, czy państwo są w stanie mi odpowiedzieć dzisiaj, czy mógłbym więc prosić o odpowiedź na piśmie?

Proszę o podanie, jaki procent obcokrajowców korzysta z usług stomatologicznych w porównaniu z pacjentami krajowymi osadzonymi w zakładach karnych?

Chciałbym też prosić podanie danych procentowych i statystycznych z innych zakresów świadczonych usług medycznych.

Oczywiście, jestem za tym, żeby każdemu, szczególnie poważnie chorym, udzielać pomocy, to nasz obowiązek, także państwa polskiego. Chciałbym te dane poznać także, jeśli to możliwe, w kontekście finansowym, ile to kosztuje więzienną służbę zdrowia?

Dyrektor Biura Służby Zdrowia CZSW ppłk dr n. med. Alicja Kozłowska:

Co do finansowania – faktycznie prowadzimy listę wydatków, ale nie mamy wydzielonych procedur stomatologicznych, procedur internistycznych, takiego podziału – niestety – nie ma.

Przyjęcia pacjentów do lekarza dentysty odbywają się w ten sposób, że pacjent najczęściej sam zgłasza potrzebę wizyty i jest odnotowywany u oddziałowego a potem w księdze przyjęć. Nie prowadzimy jednak rejestru uwzględniającego narodowości.

Wydaje mi się, że odpowiedź na to pytanie by była bardzo trudna – trzeba by poznać konkretne nazwisko, potem sprawdzić, ile razy dana osoba przychodziła do gabinetu. W książeczce zdrowia każdego osadzonego odnotowujemy wszystkie przypadki zgłoszeń czy do dentysty, czy internisty, ale nie prowadzimy rejestru, czy to jest obcokrajowiec, czy nie.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

To może inaczej – czy państwo znają praktykę innych krajów, które graniczą z nami, czy w ogóle europejskich, jak tam są rozwiązywane te kwestie?

Dyrektor Biura Służby Zdrowia CZSW ppłk dr n. med. Alicja Kozłowska:

Chodzi o dofinansowanie?

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Chodzi o finansowanie opieki nad osadzonymi, którzy są cudzoziemcami.

Zapytałem dlatego, że przekazano mi informację (być może, nieprawdziwą), że obywatele pewnych krajów na krótki okres idą bardzo chętnie do polskiego więzienia, żeby wyleczyć się z różnych chorób, co stanowi też obciążenie finansowe.

Jak to jest w innych krajach Europy? Czy obywatele polscy, po dokonaniu przestępstwa, mają zapewnioną w stu procentach opiekę medyczną przez kraj „x", który ma lepsze procedury medyczne? Czy znają państwo odpowiedź na to pytanie z punktu widzenia prawa?

Trochę jestem zdziwiony, że nie ma statystyki, ilu obcokrajowców korzysta z usług medycznych. Myślałem, że uzyskam taką odpowiedź na piśmie.

Dziękuję.

Naczelnik Wydziału do spraw Służby Więziennej Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości Witold Mazurek:

Przepraszam, postaram się odpowiedzieć.

Dr Witold Mazurek, naczelnik do spraw Służby Więziennej Ministerstwa Sprawiedliwości.

Panie pośle, takiej statystyki ministerstwo nie prowadzi, nie różnicujemy zgłaszających się pacjentów potrzebujących opieki medycznej na obcokrajowców i na Polaków, ale gdyby pan poseł się zwrócił na piśmie o przeprowadzanie takich badań, to… zaznaczam, że trzeba będzie we wszystkich aresztach śledczych wziąć pod uwagę całą populację osadzonych, niemających obywatelstwa polskiego, przewertować ich książki zdrowia, wyselekcjonować wpisy od poszczególnych lekarzy – to jest praca bardzo długa. A nie będą to dane ostateczne, bo one codziennie fluktuują…

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dobrze, zastanowię się nad tym.

Ale proszę mi powiedzieć, jak to funkcjonuje w innych krajach, czy tam też nie prowadzą statystyki i jak jest regulowane finansowe obciążenie w kontaktach między państwami?

Naczelnik wydziału w MS Witold Mazurek:

Na podstawie mojej wiedzy zdobytej z informacji, które są w posiadaniu ministerstwa i wydziału ds. spraw służby więziennej, w czasie wizyt bilateralnych, gdy poznajemy te

zakłady, szczególnie w krajach Unii Europejskiej, mogę powiedzieć, że nie prowadzi się takich statystyk.

Co do opieki medycznej – według danych resortu (a w naszym przypadku – resortu MS) jest to wliczane do ogólnej puli osób skazanych. I w tej kwestii też miał rację pan poseł, w obiegowej opinii panuje przekonanie, że – nawet ze względu na porę roku – osoby trafiają do jednostek penitencjarnych po to, by się leczyć. Nie rejestrujemy tego…

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Przepraszam bardzo, nie chcę zanudzać Komisji, ale chodzi mi o to, jaka jest praktyka prawna w innych krajach, bo zrozumiałem sytuację u nas i dziękuję za tę odpowiedź, zastanowię się nad tym – czy tam jest identycznie, czy też nie prowadzą żadnych statystyk, zapewniają też opiekę medyczną…

Naczelnik wydziału w MS Witold Mazurek:

Nie odbiegamy statystycznie…

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Polski budżet nie płaci za osadzonych, niestety…

Naczelnik wydziału w MS Witold Mazurek:

Nie płaci, nie jest to analogiczna sytuacja jak z naszymi… w przypadku wyjazdów wakacyjnych Polaków nie płacimy. U nas płacimy za wszystko, ale kiedy nasi obywatele przebywają w izolacji penitencjarnej w krajach trzecich, państwo polskie nie ponosi kosztów opieki medycznej.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję za odpowiedź.

Naczelnik wydziału w MS Witold Mazurek:

Dziękuję.

Starszy specjalista w Biurze Penitencjarnym CZSW ppłk Agnieszka Bochniewicz:

Dzień dobry państwu.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo – ppłk Agnieszka Bochniewicz, starszy specjalista Biura Penitencjarnego, chciałabym się ustosunkować do pytań dotyczących opieki nad skazanymi od strony penitencjarnej.

Jeżeli chodzi o osoby poruszające się na wózku inwalidzkim i korzystające na stałe z kul, sytuacja 20 grudnia 2018 r. wyglądała następująco: 108 osób na wózkach i 521 osób o kulach. Co do infrastruktury to, rzeczywiście, faktem jest, że część naszych jednostek leczniczych jest stara, ale dokładamy wszelkich starań, aby tworzyć udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami. Wszystkie osoby poruszające się na wózkach, bądź przy pomocy kul są osadzane w przystosowanych odpowiednio celach, czyli mają wszelkie udogodnienia, obowiązujące na mocy przepisów.

W przypadku opieki nad seniorami, którzy wymagają pomocy osób trzecich, bądź są osobami z niepełnosprawnościami – rzeczywiście, nasi skazani wspierają służbę zdrowia. Nie zastępują, tylko wspierają i opiekują się seniorami, stosujemy tę praktykę już od wielu lat. Początkowo nasi skazani (oczywiście, po odpowiednich szkoleniach) byli kierowani do zewnętrznych placówek, np. hospicjów, i tam pomagali w najprostszych czynnościach. Za ten projekt pomocy przez skazanych dostaliśmy, jako służba więzienna, nagrodę Kryształowej Wagi wymiaru sprawiedliwości. Jest to nagroda fundowana wspólnie przez Komisję Europejską i Radę Europy. W późniejszym etapie przeszliśmy na szkolenie naszych skazanych w ramach szkoleń opiekuna osoby starszej lub niepełnosprawnej. Finansujemy to z dwóch źródeł, po pierwsze – z funduszu sprawiedliwości oraz ze środków unijnych POWER, które też pozyskaliśmy jako służba więzienna.

W 2018 r. przeszkoliliśmy 611 skazanych. Znaleźli oni zatrudnienie na terenie jednostek penitencjarnych, 14 skazanych zostało zatrudnionych odpłatnie do pomocy i 107 nieodpłatnie właśnie na stanowisku opiekuna osób starszych lub niepełnosprawnych. Skazani po tych przeszkoleniach są zatrudniani także w instytucjach zewnętrznych, jak już wcześniej wspomniałam, chociażby w hospicjach czy domach pomocy społecznej.

Chciałam powiedzieć, co jest bardzo istotne – kładziemy bardzo duży nacisk, aby szkolić kadrę, która jest w pierwszym kontakcie z osobami starszymi, niepełnosprawnymi, czyli głównie funkcjonariusze działów penitencjarnych i ochrony. Są szkoleni w zakresie traktowania i postępowania z osobami z niepełnosprawnościami i osobami starszymi. W 2018 r. ukończyło takie kursy 3913 funkcjonariuszy, którzy pracują na pierwszej linii.

W przypadku psychologów rzeczywiście zarządzeniem nr 19 na 2016 r. dyrektor generalny wprowadził standardy i na grupę maksymalnie 200 osadzonych przypada jeden psycholog. Chciałabym nadmienić, że jako Biuro Penitencjarne stale monitorujemy ten obszar, ten standard jest utrzymywany we wszystkich jednostkach i nie jest przekraczany.

Dodam, że w przepisach unijnych ten standard wynosi 300 skazanych na jednego psychologa.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo za udzielenie odpowiedzi.

Jeszcze pan przewodniczący Szczerba chce zadać pytanie.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Bardzo dziękuję za tę informację.

Rzeczywiście, jest tak, że pacjenci z niepełnosprawnościami są umieszczani w celach dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, ale – tak jak wynika z tej odpowiedzi – nie zawsze same budynki, w których znajdują się te cele, są dostosowane do potrzeb tych osób, co też utrudnia możliwość funkcjonowania na terenie aresztu, czy też wychodzenie np. na powietrze, na tzw. spacer, który przysługuje osadzonemu więźniowi.

Chciałem jeszcze zapytać o więźniów niesamodzielnych. To jest grupa druga, ale są też więźniowie – na co zwraca uwagę również Rzecznik Praw Obywatelskich – w stanach terminalnych. Czy państwo wiedzą, ilu jest więźniów w stanie terminalnym? I ilu jest więźniów, których można zaliczyć do kategorii osób niesamodzielnych?

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę jeszcze o udzielenie odpowiedzi.

Dyrektor Biura Służby Zdrowia CZSW ppłk dr n. med. Alicja Kozłowska:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, pacjenci terminalni, jeżeli ich stan wymaga hospitalizacji, przebywają w szpitalach. Faktycznie, w celach przebywają więźniowie z rozsianą chorobą nowotworową. Są pacjenci, którzy nie wymagają leczenia i na ogół są to osoby, które mają postępowanie hospicyjne.

Może powiem o pewnym młodym człowieku (jego sprawę poruszał również Rzecznik Praw Obywatelskich) – to 28-letni pacjent z rozpoznaniem choroby nowotworowej, zdyskwalifikowany potem z dalszego leczenia, zakwalifikowany do leczenia paliatywnego. Przebywał w celi, w momencie pogorszenia stanu zdrowia został przewieziony przez służbę więzienną do szpitala zewnętrznego. Zastosowano wobec niego leczenie, które nie było refundowane – gdyby był pacjentem wolnościowym, nie otrzymałby takiego leczenia.

Wystąpiono o przerwę w karze

Zastępca dyrektora generalnego Służby Więziennej płk Andrzej Fedorowicz:

Wystąpiono o przerwę w karze dla tego osadzonego. Jest to przypadek…

Pan przewodniczący mówił o rzeczniku praw obywatelskich. Chciałem zaznaczyć, że bardzo często spotykamy się z Biurem RPO i, między innymi, ten przypadek był omawiany. Myślę, że zadając to pytanie, pan przewodniczący miał na myśli właśnie ten przypadek.

Może dokończę wypowiedź za panią doktor.

Rzeczywiście, to był przypadek terminalny. Wspomniany osadzony umierał w naszej jednostce penitencjarnej…w zasadzie on jeszcze żyje. Ale dlaczego żyje? Dlatego, że fundujemy mu leczenie, które dla normalnego obywatela jest niedostępne na wolności. W wolnościowej służbie zdrowia ten przypadek byłby z góry skazany na niepowodzenie,

bo kuracja, którą fundujemy, jest eksperymentalna i kosztuje nas chyba w granicach 20 tys. zł miesięcznie.

Służba więzienna wystąpiła o przerwę w karze dla tego osadzonego, m.in. kierując się względami humanitarnymi. Ale po doprowadzeniu go na posiedzenie sądu, odmówił on poddania się procesowi, czyli wnioskował, aby mu nie udzielano tej przerwy.

Panie przewodniczący, to jest ten przypadek. Z jednej strony obciąża się nas za to, że bardzo często trzymamy takie osoby w warunkach zakładu penitencjarnego a w wielu przypadkach jest tak, że płacimy na zasadzie rynkowej za leki, za leczenie – i dlatego ci osadzeni żyją.

Dyrektor Biura Służby Zdrowia CZSW ppłk dr n. med. Alicja Kozłowska:

Jeżeli można, pani przewodnicząca, dopowiem jeszcze jedno.

Są pacjenci bezdomni, którzy nie mają najbliższej rodziny. Co zrobić, kiedy on jest w stanie terminalnym? Mamy go wystawić za bramy więzienia?

Niestety, są takie przypadki. Staramy się je załatwiać przez domy pomocy społecznej. Jest to bardzo utrudnione, zwłaszcza znalezienie takiego miejsca. Dlatego ci pacjenci umierają u nas.

Naprawdę, staramy się zrobić dla nich to, co można zrobić.

Zastępca dyrektora generalnego Służby Więziennej płk Andrzej Fedorowicz:

Szanowni państwo, chciałbym jeszcze przytoczyć dane dotyczące wydatków na więzienną służbę zdrowia. One rosną z roku na rok. Mam tu dane od 2016 roku – wtedy oscylowały one w granicach 189 mln zł, tyle kosztowała więzienna służba zdrowia. W 2017 r. wydaliśmy 205 mln zł, w 2018 r. – 225 mln zł. W tym roku, do końca marca wydaliśmy 50 mln zł. Biorąc pod uwagę tę dynamikę, w tym roku będziemy musieli przeznaczyć w granicach 240 mln zł na więzienną służbę zdrowia.

Ten wzrost jest m.in. efektem zmniejszonej skłonności sądów penitencjarnych do udzielania przedterminowego warunkowego zwolnienia. Sądy penitencjarne w ostatnich czterech, pięciu latach bardzo drastycznie zmieniły swoją politykę w zakresie udzielania przerw w odbywaniu kary, w związku z czym służba więzienna ponosi efekty leczenia takich osób, o których mówiłem.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo państwu za udzielenie informacji.

Myślę, że były one bardzo szczegółowe i chyba wyczerpały nasze pytania.

Chciałam jeszcze dodać, że – tak jak pan powiedział – wydatki na służbę więzienną stale rosną, jeżeli chodzi o lecznictwo a więźniów w sumie nie przybywa, ich liczba utrzymuje się mniej więcej na podobnym poziomie.

Myślę, że państwo dbają o osadzonych, jak potrafią i otrzymują oni niejednokrotnie nawet, to, jak pan zaznaczył, co na wolności byłoby poza ich zasięgiem, nie mieliby takiego szybkiego dostępu.

Jeszcze raz dziękujemy.

Przechodzimy do drugiego punktu posiedzenia. Poproszę przedstawiciela NIK, pana Andrzeja Aleksandrowicza, zastępcę dyrektora delegatury w Poznaniu, o przedstawienie informacji a tematem jest „Program bezpłatnych leków dla seniorów Leki 75+”.

P.o. dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu Andrzej Aleksandrowicz:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo przepraszam, poczekajmy minutkę.

P.o. dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu Andrzej Aleksandrowicz:

Państwo przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, drodzy goście, delegatura w Poznaniu już od kilku lat prowadzi kontrole związane z działalnością służby zdrowia. Od niedawna zajmujemy się również kwestiami związanymi z funkcjonowaniem działów farmacji szpitalnej, kilka miesięcy temu przedstawiliśmy o tym informację.

Na przełomie 2018/2019 r. przeprowadziliśmy i zakończyliśmy kontrolę dotyczącą funkcjonowania programu Leki 75+. Kontrolę tę przeprowadziliśmy w odpowiedzi na wniosek Prezesa Rady Ministrów.

Wobec istnienia konstytucyjnego obowiązku władz publicznych zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom w podeszłym wieku, ustawą z 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wprowadzono rozwiązanie, mające ułatwić seniorom dostęp do farmakoterapii, czyli program Leki 75+.

Seniorzy są grupą społeczną, w której występuje zjawisko wielochorobowości i związana z nim konieczność stosowania jednocześnie kilku leków. Odpowiedzią na ich potrzeby ma być uprawnienie do otrzymywania bezpłatnie leków znajdujących się w wykazie utworzonym przez Ministra Zdrowia. Zasadą jest, że refundacji podlega lek, który widnieje w obwieszczeniu refundacyjnym a refundacja jest możliwa we wszystkich lub konkretnych wskazaniach. Minister ma obowiązek wytypować pośród leków refundowanych na zasadach ogólnych produkty dla seniorów. Tworzenie wykazu następuje przez wzięcie pod uwagę czterech ustawowych kryteriów. Pierwsze, to zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, drugie – dostępność i bezpieczeństwo leku, trzecie – limity finansowania na dany rok i czwarte – stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych stosowania leków.

Na przestrzeni kolejnych lat obserwujemy proces starzenia się społeczeństwa. Na slajdzie widzą państwo, że w porównaniu do stanu z końca 2007 r. – w 2017 r. osób powyżej 75. roku życia jest ponad 400 tys. więcej. Liczba tych osób wzrosła z 2330 tys. do ponad 2700 tys. W rozwiązaniach przyjętych w różnych krajach Unii Europejskiej, które były przedmiotem ekspertyzy wykonanej dla NIK, seniorzy lub osoby przewlekle chore są uprawnione do otrzymywania leków refundowanych na szczególnych warunkach. Ekspertyzę tę załączyliśmy do informacji o wynikach kontroli, którą publikujemy na stronie NIK i, oczywiście, dla wszystkich parlamentarzystów. Ci, którzy zechcą z nich korzystać, mogą z tą ekspertyzą się zapoznać.

W Wielkiej Brytanii oraz Hiszpanii cezurę stanowi, podobnie jak w Polsce, wiek pacjenta (odpowiednio jest to 60, bądź 65 lat), w Niemczech, we Włoszech oraz Francji preferencyjne warunki otrzymania leków są uzależnione od rodzaju schorzenia i nie zależą od wieku pacjenta. Pacjenci przewlekle chorzy, w tym seniorzy, otrzymują leki za darmo bądź przy bardzo małej odpłatności. Tylko w Polsce określany jest katalog leków, które przysługują seniorom za darmo, w pozostałych krajach warunki preferencyjne dotyczą wszystkich refundowanych leków w danym kraju.

Odpowiadając sobie na pytanie, co kontrolowaliśmy, sformułowaliśmy jedno główne pytanie i pięć szczegółowych pytań. Główne pytanie to oczywiście: czy program Leki 75+ funkcjonuje prawidłowo i istotnie wpływa na ekonomiczną dostępność leków dla seniorów?

Szczegółowe pytania to:

– po pierwsze: czy prawidłowo stosowano kryteria wyboru produktów przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia?

– czy sposób konstruowania listy produktów objętych programem Leki 75+ odpowiadał potrzebom osób starszych?

– trzecie pytanie: czy system monitorowania efektów wprowadzonych rozwiązań w zakresie dostępu do bezpłatnych produktów dla świadczeniobiorców powyżej 75. roku życia pozwalał na dostosowanie założeń programu do oczekiwań społecznych?

– czwarte pytanie: czy wysokość wydatków na zakup produktów przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia, odpowiadał potrzebom seniorów?

– ostatnie szczegółowe pytanie: czy sposób prowadzenia nadzoru nad wystawianiem recept refundowanych zapewniał prawidłowość zaopatrzenia w bezpłatne produkty świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia?

Kontrolowaliśmy Ministerstwo Zdrowia, Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pięć oddziałów wojewódzkich NFZ w: Białymstoku, Łodzi, Krakowie, Poznaniu i w Szczecinie. W poszczególnych województwach, w których znajdowały się oddziały NFZ, odsetek osób, które ukończyły 75. rok życia według stanu na koniec czerwca

2017 r., wynosił: 16% – dla woj. podlaskiego, 8% – dla łódzkiego, 7% – dla mazowieckiego i 6% – dla Wielkopolski.

Widoczne na mapce slajdu wartości procentowe wskazują, jaka była w 2015 i 2017 r. relacja pomiędzy wydatkami seniorów na leki refundowane a kwotą refundacji ogółem leków dla populacji 75+? Widoczny jest znaczny spadek wydatków seniorów.

Dane dotyczące całego kraju przedstawię za chwilę w kolejnych slajdach.

W toku kontroli zostały przeprowadzone badania ankietowane, skierowane do 2,5 tys. świadczeniobiorców, którzy korzystali ze świadczeń w 50 podmiotach leczniczych podstawowej opieki zdrowotnej. Ankiety odesłało 944 respondentów. Seniorzy odpowiadali na sześć pytań. Z odpowiedzi tych wynika, że lekarze POZ przepisują leki dostępne seniorom bezpłatnie. Konieczność wizyty u lekarza rodzinnego w związku z koniecznością otrzymania recept S nie jest problemem. Po wprowadzeniu programu seniorzy odbierają wszystkie przepisane im leki. Jednak 1/3 ankietowanych rezygnuje z zakupu leków ze względu na ich cenę. Powyższe świadczy o konieczności poszerzenia listy leków S i zwiększenia nakładów na leki bezpłatne, które jest zaplanowane w każdym roku aż do 2026 roku. Z badania wynika, że ponad połowa respondentów zauważyła spadek miesięcznych kosztów realizacji recept a deklarowana wartość tych oszczędności waha się od 50 do 300 zł.

Na listy leków dla seniorów wprowadzano w kolejnych miesiącach leki stosowane w wielu chorobach przewlekłych. W 2016 r. liczba leków na ww. liście stanowiła 31% leków refundowanych na zasadach ogólnych a na koniec pierwszego półrocza 2018 r. odsetek ten wynosił już 50%. Nastąpił również dwukrotny wzrost liczby substancji czynnych wykorzystywanych do leczenia poszczególnych schorzeń – z 18% w r. 2016 do 39% w 2018 r. W 2015 r. dopłata seniorów do leków była na poziomie 50% kwoty refundacji dla tej populacji pacjentów a w 2017 r., pierwszym pełnym roku funkcjonowania programu, wskaźnik wynosił już 21%.

Jeśli chodzi o stwierdzony stan faktyczny to, niestety, w ministerstwie nie ustalono, w jaki sposób ma być konstruowana lista leków dla seniorów oraz według jakich reguł powinny być tworzone rankingi poszczególnych produktów. Nie określono również sposobu wykorzystania opinii eksperckich i rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, które dokonywały oceny pod kątem spełniania dwóch kryteriów. Opinie te były niewiążące i miały charakter pomocniczy. Nie było możliwe na podstawie dokumentacji Ministra Zdrowia odtworzenie, w jaki faktyczny sposób lista S została utworzona oraz jakie algorytmy zastosowano, wybierając leki dla seniorów z puli produktów refundowanych na zasadach ogólnych. Tym samym nie było możliwe wskazanie, w jakim stopniu zostały uwzględnione przy tworzeniu kolejnych list S potrzeby zdrowotne seniorów.

Przy tworzeniu listy minister ma brać pod uwagę cztery kryteria. Dwa z nich, to zaspokajanie potrzeb zdrowotnych oraz skuteczność i bezpieczeństwo terapii oceniała AOTMiT, trzecie kryterium – zachowanie limitu wydatków było monitorowane przez ministerstwo, nie oceniano jednak stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leków populacji 75+, czyli nie stosowano czwartego, istotnego kryterium, określonego w ustawie.

Lista leków dla seniorów była tworzona przez bardzo wąskie grono: dyrektora departamentu polityki lekowej i farmacji oraz jednego czy dwóch współpracowników. Przy długotrwałej absencji jednego z nich nie zapewniano zastępstwa i przepływu informacji o zasadach tworzenia listy. A przecież obwieszczenia wydawane są cyklicznie co dwa miesiące. Ponadto zmiana na stanowisku dyrektora w styczniu 2018 r. wiązała się z nieprzekazaniem przez osobę tworzącą listę danych o sposobie jej konstruowania i dokumentacji źródłowej, będącej podstawą typowania leków.

Pozytywnie oceniliśmy działalność i funkcjonowanie NFZ. Prowadził on rzetelnie działania nadzorcze i kontrolne w zakresie zaopatrzenia w produkty przysługujące bezpłatnie w ramach programu, wykorzystywano również dostępne narzędzia informatyczne do identyfikacji zagrożeń i ograniczania ewentualnych nieprawidłowości z tym związanych. W 2017 r. problematyka zapewnienia seniorom dostępu do bezpłatnych

leków była wskazana przez prezesa NFZ jako jeden z priorytetowych obszarów kontroli. Prawidłowo realizowano również obowiązki sprawozdawcze wobec Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia zapewnił ciągłość finansowania programu. Od 2016 r. systematycznie wzrastał poziom wykorzystania środków zaplanowanych na ten cel – od 67% w pierwszym roku funkcjonowania tych rozwiązań niemal do 100% zaplanowanych w 2018 r., przy czym w październiku 2018 r. został zwiększony od września 2018 r. limit finansowania o dodatkowe 50 mln zł.

Na podstawie wszystkich ustaleń w przeprowadzonych przez nas kontrolach oceniliśmy, że działania instytucji odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z funkcjonowaniem programu Leki 75+ poprawiły dostęp seniorów do stosowanych przez nich produktów leczniczych a w budżetach domowych osób, które ukończyły 75. rok życia, zauważalny był spadek wydatków na leki. Jednak stwierdzone nieprawidłowości wskazują na brak systemowego podejścia do tworzenia wykazu produktów bezpłatnych dla seniorów, uwzględniającego proces identyfikacji ich potrzeb zdrowotnych. Istotną nieprawidłowością jest również niestosowanie jednego z ustawowych kryteriów wyboru leków ujmowanych na ww. wymienionej liście.

Na podstawie ustaleń naszej kontroli doszliśmy do wniosku, że brak jest podstaw do formułowania wniosków o charakterze systemowym. Jednakże w kontekście wzrostu liczby osób starszych korzystających z tego programu, istotna stała się konieczność optymalnego dostosowania do potrzeb wykazu bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Konieczność wypracowania trybu gwarantującego przejrzystość doboru produktów przysługujących bezpłatnie seniorom oraz uwzględniającego stosowanie wszystkich ustawowych kryteriów stanowi przedmiot jednego z wniosków pokontrolnych wystosowanych do Ministra Zdrowia.

Szanowni państwo, z mojej strony to wszystko. Gotów jestem odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące informacji o wynikach kontroli.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze.

Otwieram dyskusję.

Pani poseł, bardzo proszę.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Panie dyrektorze, szanowni państwo, chciałam zapytać, czy państwo prowadząc badania, sprawdzali również w aptekach realizację recept na leki 75+ oznaczonych literą S?

Docierają do mnie seniorzy, zgłaszając taki oto problem, że owszem, lekarz wypisuje receptę sygnowaną literą S, jednak – albo farmaceuta, albo technik farmacji w aptece, który wydaje leki – np. nie informuje o tym, że tego konkretnego leku nie ma, tylko jest lek innego producenta o bardzo podobnej nazwie. Pacjenci mając kilka specyfików na recepcie, nawet nie wiedzą, że płacą za ten lek.

Muszę powiedzieć, że sama byłam w takiej sytuacji. Kiedy poszłam z receptą mojego taty, na której było kilka leków, usłyszałam dosyć wysoką kwotę rachunku. Pytam, dlaczego. Wówczas dopiero uzyskałam odpowiedź: *nie ma leku, który przepisał lekarz z literką S, który jest refundowany, dlatego dałam pani inny*. A ten inny kosztował już kilkadziesiąt złotych. Jest to niedopuszczalna praktyka. A zatem może warto by było to sprawdzić.

Starałam się uświadomić tej pani, że takich rzeczy nie wolno robić. Akurat trafiła na osobę, która się zorientowała, że ten rachunek jest za wysoki. A seniorzy to są często już osoby bardziej bezradne.

Myślę, że to by należało też zweryfikować.

Chciałabym również spytać, czy jest taka możliwość, żeby państwo podjęli w tym kontekście działania. To nie jest przypadek odosobniony, takie sytuacje się zdarzają. Myślę, że w trosce o seniorów należałoby się temu przyjrzeć.

Kolejna sprawa.

Chciałabym uprzejmie poprosić pana dyrektora, żeby zapewnił pan wszystkim członkom Komisji Polityki Senioralnej egzemplarze tego sprawozdania. Jesteśmy też członkami innych Komisji, ja sama pracuję w trzech – i w innych komisjach otrzymujemy wszyscy materiały, członkowie Komisji i goście. Nie wiem, dlaczego państwo przesłali tylko cztery egzemplarze dla prezydium? Jesteśmy nimi zainteresowani i ja, i koleżanka, myślę, że wszyscy członkowie Komisji. Bardzo bym o to prosiła pana dyrektora. To jest bardzo ważny program, pierwszy tego typu realizowany w Polsce i ja osobiście chciałabym dysponować takim dokumentem.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan przewodniczący, bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Pani przewodnicząca, panie dyrektorze, trochę na usprawiedliwienie Najwyższej Izby Kontroli – mamy, pani poseł, ten materiał w wersji elektronicznej. Rozumiem, że trudniej się czyta w tej formule…

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pan poseł komentuje teraz to, co ja mówiłam, polemizuje ze mną?

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Nie, tylko mówię, że…

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

To proszę nie komentować, z łaski swojej.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Tylko powiedziałem, że mamy to w wersji elektronicznej.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czy pan sądzi, że ja tego nie wiem?

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Ja tego nie wiedziałem, czy pani wie, czy nie wie.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

To bardzo proszę nie komentować tego, bo przykro mi, ale – niestety – słyszę w pana głosie złośliwość.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Nie, absolutnie nie.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

To proszę to wycofać.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Miałem wrażenie, że pani poseł nie ma dostępu do tego materiału.

Wszystkie dokumenty w Kancelarii Sejmu wysyłane są w formie…

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

To proszę się nie opierać na swoich wrażeniach, bardzo pana o to proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Dobrze, po prostu, chciałem tylko poinformować panią poseł, że na terenie Kancelarii Sejmu nie ma papierowego obiegu dokumentów, ani materiały nie są dostarczane w formie papierowej.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czy pan poseł odpowiada mi w tej chwili?...

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Przepraszam…

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam, ja pytałam pana dyrektora a pan, zdaje się, nie jest pracownikiem NIK…

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Ja komentowałem.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Ale, szanowni państwo…

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

To proszę nie komentować.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Szanowni państwo posłowie, to ja prowadzę posiedzenie Komisji, proszę nie prowadzić takiej polemiki.

Bardzo proszę pana posła, żeby zadał pytania na temat informacji, którą otrzymaliśmy od pana dyrektora.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Kwestia, która mnie zainteresowała, panie dyrektorze, w otrzymanej drogą mailową informacji, to jest problem braku transparentności przygotowania wykazu leków S.

Pogląd NIK w tym zakresie jest jednoznaczny. Szczerze powiedziawszy, niepokoi mnie to poważnie, że w MZ nie wypracowano systemowego podejścia, które zapewniłoby jednolity i przejrzysty, a także zgodny z obowiązującymi przepisami, sposób doboru produktów przysługujących bezpłatnie seniorom. Rozumiem, że państwo nie analizowali wyłącznie pierwszej edycji programu, bo w tym przypadku można byłoby uzasadniać ten niedostatek brakiem procedur, bardzo ograniczoną grupą osób, które miały wpływ na tę listę, a tym samym na wydatki państwa w tym zakresie, bo przecież te wydatki ewoluują w każdym roku i się zwiększają. Ale w kolejnym roku funkcjonowania programu taka sytuacja budzi niepokój.

Jeżeli, rzeczywiście, jest tak, że o tej liście decydował dyrektor departamentu polityki lekowej i jego dwóch, jak powiedział pan dyrektor, współpracowników… rozumiem, że istnieją różnego rodzaju wypracowane formuły, również o charakterze naukowym, a przede wszystkim, utarty szlak, jaki stanowią konsultanci krajowi w różnych specjalizacjach, z którymi powinny być uzgadniane tego typu działania i refundacje podczas konstruowania mapy potrzeb zdrowotnych grupy 75+.

Nie eksplorując już tego tematu, chciałbym zapytać, czy w tym zakresie, dostrzegając tego typu nieprawidłowości i brak standardów, których byśmy oczekiwali od administracji publicznej, sformułowali państwo jakieś szczegółowe zalecenia dla Ministra Zdrowia?

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę o zadanie kolejnego pytania.

Słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie Grażyna Andziak-Ziemińska:

Grażyna Andziak-Ziemińska, Mazowiecki Uniwersytet Trzeciego Wieku.

Szanowna pani przewodnicząca, Komisjo. Troszeczkę w nawiązaniu do wystąpienia pani poseł i w odniesieniu do punktu, który pan przedstawiał, że seniorzy 75+ często nie wykupują leków, co potwierdzają badania, bo nie stać ich na taki wydatek.

Wymowny jest przykład mojej 85-letniej matki, która – jeśli już pójdzie do lekarza – na pięć wizyt trzy razy dostaje recepty z refundowanym lekiem, ale bez znaczka S a jest osobą znaną lekarce. Ja i siostra oczywiście pójdziemy kolejny raz do ośrodka i poprosimy o wypisanie nowej recepty.

Myślę, że wielu samotnych seniorów nie jest jednak w stanie posiłkować się jakąś pomocą, w związku z tym informacja, że oni nie wykupują leków, jest też z tym związana. Obracam się w wielu środowiskach UTW i nieraz słyszę: *a już mi się nie chce iść do lekarza, to nie są bardzo duże pieniądze…* – to też może być przyczyną.

Jestem w stanie zrozumieć, że lekarz wypisujący receptę nie robi tego celowo, chociaż pesel wyskakuje za każdym razem, ale staram się usprawiedliwić lekarza. Czy myśli się o zunifikowanym systemie komputerowym, który od razu wrzuca przy tej liście literę S?

To jest, rzeczywiście, bardzo duży problem.

Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo za to pytanie.

Czy są jeszcze jakieś pytania?

Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

Odnośnie do tego, co powiedziała pani poseł – my, jako organizacja, nie znaliśmy tego problemu, aczkolwiek mamy dużo do czynienia ze starszymi osobami. Prowadzimy m.in. akcję pomocy seniorom w sytuacjach, kiedy są naciągani i ich błąd jest wykorzystywany do doprowadzenia do niekorzystnego rozporządzenia swoim mieniem. Ten temat również włączymy w naszą akcję. Przy wszelkich wystąpieniach medialnych, bo występuję w radiu i sygnalizuję osobom starszym różne sprawy, będziemy ostrzegać: *uważajcie w aptekach*.

Dla mnie jest to po prostu oszustwo, jeżeli sprzedawca w aptece wykorzystuje nieświadomość starszej osoby do doprowadzenia jej do niekorzystnego rozporządzenia swoim mieniem, czyli zapłacenia za specyfik, który przysługuje jej bezpłatnie, to jest wręcz przepis Kodeksu karnego. Będziemy interweniować, będziemy żądali od takiego aptekarza w imieniu seniorów: *proszę zwrócić pieniądze*.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Bardzo proszę.

Opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera Zofia Prasał:

Zofia Prasał, opiekuję się mamą z chorobą Alzheimera.

Wysoka Komisjo, szanowni państwo, ja powiem krótko: mam same pozytywne doświadczenia z programem Leki 75+. Lekarz rodzinny bez przypominania zawsze pamięta o tym, żeby wpisać we właściwym miejscu literę S i wie, które leki należą do tej grupy. W aptece nigdy nie ma żadnych problemów z zamiennikami, nigdy mi się to nie zdarzyło.

Tyle razy już mówiliśmy o tym programie i ja nigdy nie dziękowałam a naprawdę jestem bardzo zadowolona. Oczywiście, nigdy nie liczyłam, jaka to jest kwota w budżecie, ale naprawdę jestem bardzo zadowolona. żadnych uwag.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Czy ktoś chciał zadać pytanie?

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Mam pytanie do pana dyrektora.

Czy państwo w trakcie tej kontroli, czy przygotowania raportu dotyczącego bezpłatnych leków, zwrócili uwagę na to, że są jednak grupy seniorów, które nie korzystają z tego programu? Myślę o seniorach przebywających np. w długoterminowej opiece medycznej, czyli w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Obowiązek zapewnienia leków grupie seniorów 75+ spoczywa wówczas na prowadzących placówkę.

Wydaje się, że jest to jednak jakaś forma nierównego traktowania. Ta lista zawiera leki, których mogliby ci pacjenci używać a poziom niedofinansowania ZOL w Polsce powoduje, że również te placówki muszą oszczędzać na zakupach leków. Gdyby pacjenci w długoterminowej opiece byli uwzględnieni w programie, być może nie byłoby problemu ograniczonego dostępu do potrzebnych farmaceutyków.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze ktoś z państwa?

Proszę pana dyrektora o odpowiedź.

P.o. dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu Andrzej Aleksandrowicz:

Dziękuję bardzo.

Przedstawili państwo na przykładach osobistych sytuacje, że farmaceuci w aptece tak naprawdę nielegalnie dokonują zmian. Pomijając już aspekt ekonomiczny czy ewentualnego oszustwa (bo w takich kategoriach, oczywiście, będzie się można zastanawiać), jednakże chciałbym wskazać, że NIK jest instytucją, która prowadzi badania kontrolne, przede wszystkim, na dokumentach. W tym też zakresie prowadziliśmy kontrolę w NFZ, w oddziałach wojewódzkich. Oczywiście, badaliśmy zgodność dokumentacyjną procesów refundacji.

Tego typu działania farmaceutów będą niezauważalne, nie ma takiej możliwości. To jest działalność nielegalna i ona nie jest dokumentowana. W aktach i w tego typu rozliczeniach takie przypadki nie wystąpią.

Bardzo przepraszam panią poseł, ale powiem szczerze: przy naszym instrumentarium kontrolnym nie ma możliwości, żebyśmy mogli zrobić coś takiego. W takich przypadkach można chyba sobie wyobrazić tylko działanie samych osób uprawnionych. Zdaję sobie sprawę z ograniczeń seniorów, przecież to jest związane z wiekiem, trudniej im analizować pewne kwestie. Ale tak naprawdę, jeśli farmaceuta, który ustnie czy nawet dokumentacyjnie lub faktycznie dokona zamiany w ordynowanych lekach, które wynikają z recepty, to w sposób kontrolny niezwykle trudno będzie to zweryfikować i sprawdzić.

Będziemy na pewno wracali do tego tematu. To są, jak widzą państwo na tej ilustracji, olbrzymie pieniądze, które są przekazywane z budżetu państwa na realizację programu i niewątpliwie NIK będzie wracała do tej sprawy.

Zanotowałem sobie szczegółowo wszystkie te kwestie. Najpewniej nasza jednostka będzie ponownie koordynatorem ogólnopolskiej kontroli i wówczas zastanowimy się, jak ewentualnie wykorzystać te uwagi, aby zastanowić się nad tym, czy nie jest możliwe stworzenie takiego mechanizmu, którzy być może eliminowałby takie przypadki.

Pojawiał się tu aspekt automatyzacji, elektronizacji i to jest kwestia bardzo istotna. Najwyższa Izba Kontroli dwa tygodnie temu opublikowała megainformację o wynikach kontroli w służbie zdrowia. Jednym z ważnych ustaleń oraz rekomendacji było to, że w służbie zdrowia nie ma przepływu informacji. Lekarz kontaktujący się w różnych szczególnych sytuacjach nie ma informacji o tym, jakie leki przyjmuje pacjent, którzy lekarze w jakich sytuacjach ordynowali je i z jakich powodów. Biorąc pod uwagę różne życiowe sytuacje, może to wręcz zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów.

Być może ten system, który postulujemy w tej megainformacji, wywołałby automatyczny mechanizm, że pacjent, który się zgłasza do lekarza i odpowiada określonym wymogom, automatycznie zostanie skierowany do ordynowania produktów z listy S. Ale, oczywiście, zaznaczam, że na tym etapie chcieliśmy zobaczyć, jak funkcjonuje program, jak jest konstruowana liczba leków refundowanych i czy prawidłowo NFZ sobie radzi z tym mechanizmem. Kwestia mechanizmów informacyjnych służby zdrowia i instrumentów, które mogłyby automatycznie powodować tego typu reakcje, jest niewątpliwie znacznie szersza niż dotycząca tylko programu Leki 75+ i w naszej megainformacji jest ona poruszana.

Chciałbym zapewnić (jeśli pani przewodnicząca podpisuje się pod tym zapotrzebowaniem), że wystąpię do wydziału wydawniczego NIK, aby upublicznić tę informację. Jest regułą, że drukujemy na papierze w ograniczonym zakresie (co się wiąże, oczywiście, z kosztami) i, przede wszystkim, na wniosek. Ale, oczywiście, bez problemu spowoduję, żeby wszyscy członkowie Komisji otrzymali ten materiał.

Pan poseł Szczerba wspomniał o kwestiach transparentności. To jest szalenie niepokojąca sytuacja. Okoliczności sposobu konstruowania listy leków wskazywały co najmniej na brak transparentności, jeśli tylko bardzo wąska grupa osób się tym zajmuje. Jeżeli nie ma żadnych reguł, żadnych procedur, żadnych wyznaczników określających,

jakie przyczyny powodują, że ten a nie inny lek będzie wpisany na listę leków bezpłatnych, to biorąc pod uwagę setki milionów złotych, które przeznacza na ten cel budżet, pojawiają się istotne, bardzo duże znaki zapytania.

Panie pośle, naszym głównym wnioskiem pokontrolnym, który skierowaliśmy do Ministra Zdrowia, ale również eksponujemy go w naszej informacji o wynikach kontroli, jest postulat o wypracowanie trybu gwarantującego przejrzystość doboru produktów przysługujących bezpłatnie seniorom i uwzględniającego również to czwarte kryterium ustawowe, którego minister zdrowia nie stosował. Jest to wyeksponowane zarówno w wystąpieniach do Ministra Zdrowia, jak i w informacji o wynikach kontroli.

Pozostając nadal przy pytaniu pana posła Szczerby.

Oczywiście, ustawa określa przypadki, kiedy pacjenci mogą otrzymać bezpłatne leki i kto może je ordynować. Taka jest konstrukcja ustawowa, że obecnie te leki może ordynować tylko lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku pacjentów przebywających (zakładam, że pan poseł myśli o osobach przebywających w ośrodkach dziennego pobytu, różnego rodzaju domach opieki społecznej), tam oczywiście też jest możliwość kontaktu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Te osoby nie są pozbawione możliwości dostępu do tego świadczenia, bo przecież korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej, nawet jeżeli są w tych placówkach wyodrębnionych. Myślę, że jest to chyba, przy całej skali wątpliwości, czy to jest wystarczający sposób, jeśli chodzi o krąg osób uprawnionych do ordynowania leków…

Mieliśmy sygnały od Rzecznika Praw Obywatelskich i od organizacji propacjenckich, które wskazywały na potrzebę poszerzenia kręgu podmiotów czy osób uprawnionych do ordynowania leków. Ale, z drugiej strony, pojawiały się głosy w dyskusji (również lekarzy, ekspertów), że taka wieloszczeblowość procesu decyzyjnego może powodować nakładanie się i brak kontroli nad ordynowaniem leków poszczególnym pacjentom przez różnego rodzaju lekarzy.

Badaliśmy funkcjonujący system i te rozwiązania, które są przyjęte. Nie dostrzegliśmy potrzeby formułowania w tym obszarze wniosku *de lege ferenda* o zmianę. Na tym etapie ustaleń kontroli na razie tego typu wniosków nie rekomendowaliśmy.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Pani przewodnicząca zobowiązała mnie, żebym przekazała państwu, że w kwestii przejrzystości Komisja przygotuje dezyderat do MZ (bo też jesteśmy trochę zaniepokojeni) oraz dezyderat w kwestii informatyzacji recepty S.

Bardzo serdecznie dziękuję państwu, panu dyrektorowi, szanownej Komisji.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny.

Zamykam dyskusję i posiedzenie Komisji.

Bardzo serdecznie dziękuję.